

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE INSTALACIONES DE SALUD

1. DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN DE SALUD

- Nombre de la instalación: _____
- Registro único: _____ (espacio para uso del MINSA)
- Tipo de solicitud: ☐ Nueva ☐ Renovación
En caso de solicitar renovación, adjuntar resolución anterior que otorga el permiso de operación y funcionamiento.
- Tipo de instalación de salud:

Instalación Privada

- | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Consultorio |
| <input type="checkbox"/> Centro Médico | <input type="checkbox"/> Servicio de Salud |

Instalación Pública

- | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sub-centro de Salud | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Centro de Salud | <input type="checkbox"/> Instituto de Salud |
| <input type="checkbox"/> Policlínica/Policentro | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

- Dirección: _____
- Provincia: _____ Corregimiento: _____
- Teléfono: _____
- Correo electrónico: _____
- Página web: _____

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

- Nombre completo: _____
- Cédula de identidad personal: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____

3. INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

Certificado de Operación:

- No. de aviso de operaciones: _____
- Fecha de inicio de operaciones: _____

4. DESCRIPCION DE LA INSTALACION DE SALUD

Detalle de las diferentes áreas de atención (si ofrece el servicio), servicios auxiliares y de apoyo en que se divide la instalación de salud (marque todos los que correspondan):

- ☐ Área de registros médicos o archivo clínico
- ☐ Área de recepción de pacientes con sus facilidades.
- ☐ Área de consultorios
- ☐ Cuartos de urgencia
- ☐ Salas de hospitalización con estación de enfermería y espacios para trabajo limpio y sucio (cuarto de procedimiento, área de almacenamiento de insumos y materiales, cuarto séptico, cuarto de aseo, área de almacenamiento de ropa sucia y desechos bioinfecciosos).
- ☐ Salón de operaciones
- ☐ Unidad de cuidados intensivos
- ☐ Sala de labor y partos
- ☐ Área de neonatología
- ☐ Central de esterilización
- ☐ Servicio de Odontología.
- ☐ Área de farmacia (servicio al público de dispensación de productos farmacéuticos).
- ☐ Área de radiología e imagenología.
- ☐ Área de laboratorio clínico.
- ☐ Área de fisioterapia
- ☐ Banco de sangre
- ☐ Área de hemodiálisis
- ☐ Área de morgue
- ☐ Área de nutrición y dietética
- ☐ Área para almacenamiento de equipos e insumos médico-quirúrgicos.
- ☐ Área de lavandería
- ☐ Área de aseo y mantenimiento
- ☐ Área para gestión de residuos sólidos hospitalarios con área de almacenamiento temporal de los residuos comunes y peligrosos
- ☐ Servicio de ambulancias
- ☐ Otras áreas o servicios de la instalación de salud:

5. Declaración y Firma

Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario es veraz y que la instalación de salud cumple con los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos por la normativa vigente.

Nombre completo: _____

Firma del Representante Legal: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre de quien recibe en el MINSA: _____

Fecha: ____ / ____ / ____